

難病患者福祉手当 変更・喪失届

足立区長 あて

下記のとおり ☐ 変更になった
☐ 受給資格を喪失した ので届け出ます。

太枠内を記入してください

記

年 月 日

対象者	フリガナ		連絡先		
	氏名		電話 FAX	生年月日	
	住所				
保護者 ※対象者が20歳未満の場合記入	フリガナ		対象者からみた関係		
	氏名		電話 FAX	住所 ☐ 対象者と同じ	
	住所				
提出者 ☐ 対象者と同じ ☐ 保護者と同じ	フリガナ		対象者からみた関係		
	氏名		電話 FAX	住所 ☐ 対象者と同じ	
	住所				
変更・喪失年月日		年 月 日			
変更内容	1 氏名 2 住所 3 送付先 4 振込口座 5 その他				
	変更前（旧）				
	変更後（新） ※ 送付先変更の場合、郵便番号・住所・宛名・理由を記入してください				
	変更後 振込口座 ※受給者名義	金融機関コード	農協・信用組合 銀行・信用金庫	店番号	預金種別
		口座番号	フリガナ	店	普通・貯蓄・当座
口座名義人					
喪失事由	1 死亡 2 転出 3 辞退（理由を記入） 4 施設入所（施設名・所在地を記入）				
	5 他手当申請（手当種別を記入） 6 その他（具体的に記入） （記入欄）				

收受印	受付	事務処理欄	本人確認	本人・代理人：運免・個力・資格確認書・他（ ）
			添付書類	送付先変更 ☐ 送付先確認資料 施設入所 ☐ 入所日確認資料
	入力		確認事項	□施設入所等種別 障害・特養（区内・区外）・区外GH・区外有老・区外サ高住 （ ）